



Toll Free: 1-800-562-6136

PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

ACCIDENT QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO DE ACCIDENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
---------------------	---------------------------------------

La agencia ha procesado una factura presentada por _____ para por servicios prestados el _____ para la persona nombrada arriba. La ley requiere que determinemos si existen otros recursos de seguro disponibles. El no devolver este formulario llenado dentro de 30 días podría poner en riesgo sus beneficios de Medicaid WAC 388-505-0540(4).

Por favor llene lo siguiente:

FECHA DE LA LESIÓN	TIPO DE LESIÓN RECIBIDA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA DEL PACIENTE
Causa de la lesión (marque una): →	<input type="checkbox"/> Relacionada con el Trabajo (Llene las Secciones A y D)	<input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Otra: _____ (Llene las Secciones B y D)
		<input type="checkbox"/> Con Vehículo Motorizado (Llene las secciones C y D en el reverso)

SI NO ES UNA LESIÓN O ACCIDENTE, LLENE LA SECCIÓN D EN EL REVERSO.

SECCIÓN A - (RELACIONADA CON EL TRABAJO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	LESIÓN PERMITIDA	FECHA DE LA LESIÓN	NÚMERO DEL RECLAMO
<input type="checkbox"/> El reclamo está abierto <input type="checkbox"/> El reclamo está cerrado Fecha de cierre: _____			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO DEL PACIENTE PARA ESTE ACCIDENTE			NÚMERO DE TELÉFONO DEL ABOGADO

SECCIÓN B - (CAÍDA, ASALTO, OTRO)

El paciente era (marque una): <input type="checkbox"/> Huésped <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
LUGAR DEL ACCIDENTE: DIRECCIÓN DE LA CALLE	CIUDAD	ESTADO	CONDADO
NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD	NOMBRE DEL ASEGURADO		
DIRECCIÓN DE LA CALLE DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE RECLAMO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL ABOGADO DEL PACIENTE PARA ESTE ACCIDENTE			NÚMERO DE TELÉFONO DEL ABOGADO
DIRECCIÓN DEL ABOGADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

